Andersson Elffers Felix



Niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg

Uitvoering en resultaten in 2015

Datum
2 maart 2016

Opdrachtgever
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Contact
Lieke Bruinooge
Evelien Rutgers

Referentie
GV352/eindrapport

Andersson Elffers Felix
www.aef.nl

Inhoud

1 Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Begin 2015 heeft AEF in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzocht welke afspraken zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten hebben gemaakt over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Uit dit onderzoek is gebleken dat de meeste zorgverzekeraars er voor hebben gekozen om gemeenten en zorgaanbieders de ruimte te geven om onderling afspraken te maken over de inzet en invulling van de taken van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.[1] Begin 2015 kon dus nog weinig worden gezegd over de manier waarop invulling was gegeven aan de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg, bijvoorbeeld de manier waarop de taken waren ingevuld of hoe de wijkverpleegkundige was gepositioneerd ten opzichte van het wijkteam.

Naar aanleiding van dit onderzoek heeft het ministerie van VWS Andersson Elffers Felix (AEF) gevraagd onderzoek te doen naar de invulling en effecten van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

1.2 Context

In 2014 hebben het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en andere betrokken partijen afgesproken dat er voor de aanspraak ‘wijkverpleging’ een nieuw bekostigingsmodel ontwikkeld wordt. Omdat alle partijen van mening zijn dat een adequate ontwikkeling en invoering van de nieuwe bekostiging meer tijd vergt, wordt afgesproken dat in 2015 en 2016 gewerkt wordt met een transitiemodel.[2] Het ministerie van VWS heeft aangegeven te streven naar invoering van een nieuwe bekostiging wijkverpleging per 1 januari 2017.[3]

Onderdeel van het transitiemodel voor 2015 en 2016 is dat zorgverzekeraars aanvullend op de bestaande prestaties voor verpleging en verzorging de mogelijkheid krijgen om voor de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg een aanvullende prestatie overeen te komen.[4] Deze aanvullende prestatie is ook wel bekend als S1. Voor zowel 2015 als 2016 is €40 miljoen beschikbaar gesteld voor niet-toewijsbare zorgtaken van de wijkverpleegkundige. Doel van deze nieuwe prestatie was om een impuls te geven aan de verbinding tussen het sociaal en medisch domein en als gevolg daarvan aan de samenhang tussen hulp, ondersteuning en zorg in de wijk.[3]

Door een sterkere eerste lijn kunnen mensen langer zelfstandig blijven wonen en kan het beroep op zwaardere zorg en (langdurige) ziekenhuisopnamen zoveel mogelijk worden voorkomen. Gemeenten zijn door de inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) verantwoordelijk geworden voor de ondersteuning van mensen met een beperking bij zelfredzaamheid en participatie. Ook zijn zij verantwoordelijk voor

[1] *Verbinding wijkverpleging en sociaal domein* AEF februari 2015

[2] *Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging*, 28 maart 2014

[3] Kamerbrief *Voorhangbrief bekostiging wijkverpleging* 19 mei 2015

[4] Kamerbrief *Bekostiging wijkverpleging* 19 mei 2014

de ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen die geen verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Zorg en ondersteuning moeten de burger gezamenlijk in staat stellen zo lang mogelijk in eigen omgeving te blijven, ondanks ziekte, beperking of ouderdom. De wijkverpleegkundige vormt de verbinding tussen de verschillende domeinen.[5]

Op basis van de Wmo zijn gemeenten verplicht hierbij samen te werken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders met het oog op een zo integraal mogelijke dienstverlening.[6] Op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn zorgverzekeraars verplicht hierover afstemming te zoeken met gemeenten.[7]

Onder niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg vallen taken die niet direct aan één specifieke patiënt te koppelen zijn, zoals het signaleren van een mogelijke zorgvraag bij een burger in de wijk, het coördineren van multidisciplinaire zorg en het deelnemen in sociale wijkteams.

1.3 Aanpak van het onderzoek

Om een goed beeld te krijgen van de manier waarop invulling wordt gegeven aan de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en de samenwerking tussen de wijkverpleegkundige en andere professionals in de wijk, zijn in een select aantal regio's rondetafelgesprekken georganiseerd. De selectie van regio's is gedaan in overleg met V&VN en op basis van de resultaten van het onderzoek dat AEF begin 2015 heeft gedaan. Uitgangspunt was dat alle grote zorgverzekeraars vertegenwoordigd zouden zijn in het onderzoek. Uiteindelijk hebben in de volgende regio's rondetafelgesprekken plaatsgevonden:

Regio	Zorgverzekeraar
Haarlemmermeer	Zorg en Zekerheid
Friesland	De Friesland
Salland	Eno
Maassluis, Vlaardingen, Schiedam	DSW
Noord Limburg	VGZ
Groningen	Menzis
Rotterdam	Achmea
Haaglanden	CZ

5 *Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging*, 28 maart 2014

6 Wmo, artikel 2.1.2, lid 4b

7 Zvw, artikel 14a, lid 2

Tijdens deze rondetafelgesprekken is met wijkverpleegkundigen die niet-toewijsbare zorg uitvoeren en vertegenwoordigers van gebiedsteams/wijkteams, eerstelijns zorg, zorgverzekeraar en gemeente ingegaan op de volgende thema's[8]:

- Afspraken met betrekking tot de taken en positionering van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg
- Duiding uitvoering van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg
- Capaciteit van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg
- Evaluatie en behaalde resultaten

Voorafgaand aan de rondetafelgesprekken heeft AEF voorbereidende gesprekken gevoerd over bovenstaande thema's met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en gemeenten in de eerder genoemde regio's. AEF heeft tevens gebruik gemaakt van kennis die is opgedaan binnen de 'Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's' en specifiek binnen de werkgroep wijkverpleging van deze Werkagenda.[9]

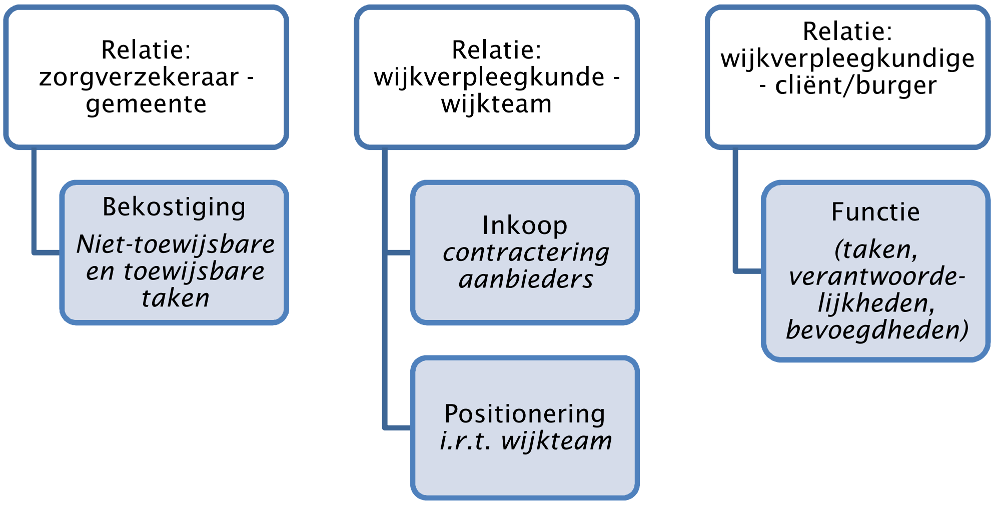
[8] Zie bijlage I en II voor respectievelijk een overzicht van de functionarissen die aanwezig waren per rondetafelgesprek en een uitgebreide beschrijving van de thema's die zijn besproken tijdens de gesprekken

[9] Zie ook www.werkagendamenzisgemeenten.nl

2 Kaders wijkverpleegkundige zorg

Met de Hervorming Langdurige Zorg is met ingang van 1 januari 2015 de bekostiging van de wijkverpleging overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet onder de aanspraak wijkverpleging. Uitgangspunt is dat door deze prestaties op te nemen in het verzekerde pakket op grond van de Zorgverzekeringswet, deze zorg beter wordt verbonden met de nulde lijn, de eerste lijn en overige curatieve zorg. Hierdoor wordt zorg zoals huisartsen die bieden en ook ziekenhuiszorg dichterbij het sociale domein gepositioneerd. Door een sterkere eerste lijn kunnen mensen langer zelfstandig blijven wonen en kan het beroep op zwaardere zorg en (langdurige) ziekenhuisopnamen zoveel mogelijk worden voorkomen.[10]

De hervorming van de langdurige zorg vindt primair plaats tussen burgers onderling, tussen de cliënt, zijn netwerk en de professional alsmede tussen gemeenten, verzekeraars en aanbieders. De mate waarin de eerste lijn kan worden versterkt is daarmee afhankelijk van hoe invulling wordt gegeven aan de relatie tussen zorgverzekeraar en gemeenten; wijkverpleegkundige en wijkteam; en wijkverpleegkundige en cliënten/burgers. Hiervoor is een aantal sturingsinstrumenten beschikbaar, waaronder bekostiging, inkoop/contractering, positionering en functie/functionaliteiten van de wijkverpleegkundige.



2.1 De relatie tussen zorgverzekeraar en gemeente

Door de aparte bekostiging van de niet-toewijsbare zorgtaken in 2015 en 2016, waren zorgverzekeraar en gemeenten genoodzaakt om gezamenlijk afspraken te maken over de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk. [11]

[10] *Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging*, 28 maart 2014

[11] Kamerbrief *Bekostiging wijkverpleging* 19 mei 2014

De aanspraak wijkverpleging is in de Zorgverzekeringswet als volgt geformuleerd[12]: “Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg (…) of een hoog risico daarop”.[13] Hiermee komen niet alleen verpleegkundige handelingen te vallen onder de Zorgverzekeringwet, maar ook andere taken zoals het signaleren, coachen en coördineren en preventie.[13]

In de bekostiging van de aanspraak wijkverpleging is onderscheid gemaakt tussen wijkgericht werken (niet-toewijsbaar) en verpleging en verzorging (toewijsbaar). Onder de prestatie ‘wijkgericht werken’ vallen activiteiten die niet direct te koppelen zijn aan een ‘individueel zorgtraject van een patiënt’.[14] Deze activiteiten hebben te maken met het verbinden van het medische en sociale domein, waarbij signaleren, regisseren en coördineren de kern vormen.[15] Het overgrote deel van de aanspraak wijkverpleging valt onder het ‘verrichten van verplegende en verzorgende handelingen die betrekking hebben op de zorg voor individuele patiënten’.[14] Onder deze handelingen vallen taken zoals indiceren, stimuleren, signaleren en coördineren van patiënten die in zorg zijn. De wijkverpleegkundige wordt daarbij geacht om niet alleen naar de oorspronkelijke zorgvraag van de patiënt te kijken, maar ook naar bijvoorbeeld de zelfredzaamheid van de cliënt en zijn/haar sociale netwerk. Wanneer noodzakelijk, kan de wijkverpleegkundige het sociale domein inschakelen.

Onder de bekostiging van zowel de niet-toewijsbare als toewijsbare zorg vallen taken als signaleren, stimuleren en coördineren. Belangrijk verschil is de doelgroep van de niet-toewijsbare en toewijsbare zorg: de eerste richt zich op de wijk en de laatste richt zich op de zorg van de individuele patiënt. Van de gehele wijkverpleging wordt echter verwacht dat er verbinding wordt gelegd tussen het sociaal en medisch domein.

2.2 De relatie tussen wijkverpleging en het wijkteam

De wijkverpleegkundige hoort een nauwe verbinding te maken met het wijkteam. De mate waarop dit gebeurt hangt af van twee elementen:

Inkoop/contractering

De mate waarin een zorgaanbieder een prikkel voelt om te investeren in de verbinding die de wijkverpleegkundige moet aangaan met het wijkteam wordt in grote mate bepaald door de wijze van inkoop en de eisen die in de contractering door zorgverzekeraars worden gesteld. Uit het onderzoek dat AEF begin 2015 heeft uitgevoerd naar de afspraken die zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten hebben gemaakt over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg[16] kwam naar voren dat de meeste zorgverzekeraars gemeenten hebben bevraagd over de contractering van zorgaanbieders.

[12] Artikel 2.10, Besluit Zorgverzekering, 01-01-2015

[13] Besluit Zorgverzekeringswet

[14] Kamerbrief *Wijkverpleegkundigen S1 per 2015*, 20 januari 2015

[15] Beleidsregel *BR/CU-7107*

[16] *Verbinding wijkverpleging en sociaal domein* AEF februari 2015

Positionering

Zoals geformuleerd in de aanspraak wijkverpleging, moeten zorgverzekeraars en gemeenten afspraken maken over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk.[17] Uit het onderzoek dat AEF begin 2015 heeft uitgevoerd naar de afspraken die zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten hebben gemaakt over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg[18] komt naar voren dat de meeste zorgverzekeraars er voor hebben gekozen om gemeenten en zorgaanbieders de ruimte te geven onderling afspraken te maken over de *positionering* van de wijkverpleegkundigen die niet-toewijsbare taken uitvoeren. Deze afspraken moesten begin 2015 door de meeste gemeenten en zorgaanbieders nog worden gemaakt.

2.3 De relatie tussen professionals in de wijk en de cliënt

De mate van integraliteit van zorg die de cliënt ervaart, hangt (mede) af van de manier waarop invulling wordt gegeven aan de functie van de wijkverpleegkundige. De aanspraak wijkverpleging stelt dat wijkverpleging alle zorg omvat 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', waarbij zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Hierbij wordt verwacht dat alle wijkverpleegkundigen breder kijkt dan de oorspronkelijke zorgvraag en – indien nodig – contact legt met het wijkteam.

Onder de *functie* van de wijkverpleging vallen naast de toewijsbare zorgtaken ook coördinerende en signalerende activiteiten die niet aan één specifieke patiënt te koppelen zijn. Deze activiteiten kunnen een impuls geven aan de verbinding tussen het medische en sociale domein. Het gaat om de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk. Dit is de zogenaamde niet-toewijsbare zorg. Specifiek worden hiermee meerdere taken geregeld. Ten eerste dat de wijkverpleegkundige bij iemand langs kan gaan die nog niet in zorg is (bijvoorbeeld zorgmijders) naar aanleiding van een signaal van de gemeente, huisarts, buurtbewoner, kerk, etc. De wijkverpleegkundige signaleert dan wat er aan de hand is en verwijst indien nodig door naar Zvw-zorg of naar welzijn/ondersteuning. Ten tweede wordt hiermee geregeld dat de wijkverpleegkundige een relatie heeft met de sociale wijkteams, om samenhang tussen zorg en ondersteuning te borgen. Zowel voor toewijsbare als niet-toewijsbare taken wordt de wijkverpleegkundige geacht om over de domeinen heen te kijken en de verbinding te zoeken tussen zorg, wonen en welzijn.

---

[17] Besluit zorgverzekeringswet

[18] *Verbinding wijkverpleging en sociaal domein* AEF februari 2015

3 Uitvoering niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg in de praktijk

Door een sterkere eerste lijn kunnen mensen langer zelfstandig blijven wonen en kan het beroep op zwaardere zorg en (langdurige) ziekenhuisopnamen zoveel mogelijk worden voorkomen. Zorg en ondersteuning moeten de burger gezamenlijk in staat stellen zo lang mogelijk in eigen omgeving te blijven, ondanks ziekte, beperking of ouderdom. De wijkverpleegkundige vormt de verbinding tussen de verschillende domeinen.[19] Doel van de invoering van een aparte bekostiging van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige taken in 2015 was om een impuls te geven aan de samenhang tussen zorg en ondersteuning in de wijk.[20]

In dit hoofdstuk wordt op basis van de rondetafelgesprekken met wijkverpleegkundigen die niet-toewijsbare zorg uitvoeren en vertegenwoordigers van gebiedsteams/wijkteams, eerstelijns zorg, zorgverzekeraars en gemeentes inzicht gegeven in de wijze waarop de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg zijn uitwerking heeft gekregen in de praktijk en in hoeverre dit bijdraagt aan een sterkere eerste lijn.

In dit document wordt omwille van de leesbaarheid steeds gesproken over de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. Hiermee wordt gedoeld op de persoon die niet-toewijsbare zorgtaken uitvoert. Het is niet de bedoeling hiermee de suggestie te wekken dat dit noodzakelijkerwijs een andere functionaris betreft dan degene die toewijsbare zorgtaken uitvoert.

3.1 Positionering

In de Nota van Toelichting bij de aanspraak Wijkverpleging staat dat – omwille van de samenhang in de langdurige zorg – de verpleegkundige functie in het sociale wijkteam, of een vergelijkbaar verband, vertegenwoordigd zal zijn.[21] De manier waarop gemeenten in overleg met zorgaanbieders de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg hebben gepositioneerd ten opzichte van het wijkteam neemt verschillende vormen aan:

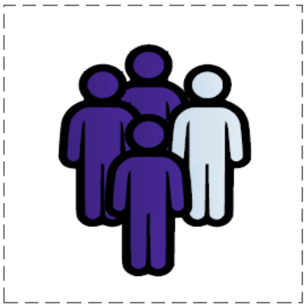
- De wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg maakt integraal onderdeel uit van het wijkteam[22]
- De wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg maakt geen onderdeel uit van het wijkteam
- Er is geen wijkteam aanwezig, de wijkverpleegkundige maakt onderdeel uit van een wijknetwerk

[19] *Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging*, 28 maart 2014

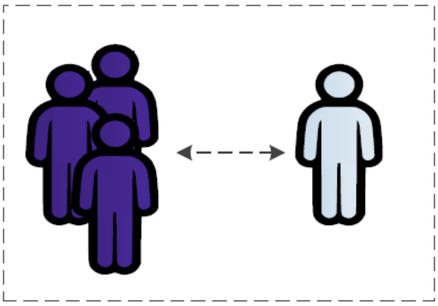
[20] Kamerbrief *Voorhangbrief bekostiging wijkverpleging* 19 mei 2015

[21] Kamerstukken II 2013/14, 33841, nr. 3 (Memorie van Toelichting)

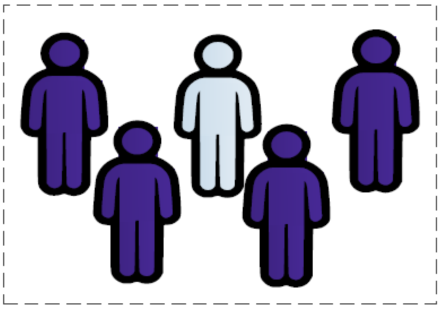
[22] Zes van de negentien gemeenten



Integraal onderdeel van het wijkteam



Geen onderdeel van het wijkteam



Onderdeel van het wijknetwerk

In de meeste gemeenten die deel hebben genomen aan de rondetafelgesprekken is gekozen voor de vorm waarin de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg geen onderdeel uitmaakt van het wijkteam.

Zowel wijkteams als wijkverpleegkundigen geven aan dat de samenwerkingsvorm ondergeschikt moet zijn aan het doel dat ermee beoogd is: korte lijnen tussen medisch en sociaal domein zodat de behoeftebepaling van de cliënt zo efficiënt en effectief mogelijk gebeurt.

Om de samenwerking tussen wijkverpleegkundige en wijkteam zo goed mogelijk te laten zijn is het belangrijk dat wijkteam en wijkverpleegkundige elkaar en elkaars vaardigheden goed leren kennen en makkelijk contact kunnen leggen wanneer dat nodig is. Hierbij helpt het om elkaar regelmatig te zien (in ieder geval in de beginfase). Het kost tijd om elkaar goed te leren kennen, om dit te realiseren moet in elkaar worden geïnvesteerd, bijvoorbeeld door elkaar regelmatig op te zoeken of periodieke casuïstiekbespreking te houden. Een aantal wijkverpleegkundige heeft aangegeven dat hij/zij zichzelf een aantal keer heeft moeten aanbieden aan het wijkteam voordat het wijkteam gebruik ging maken van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige taken. Dit kwam met name door onduidelijkheid bij het wijkteam hoe de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg kon worden ingezet.

In een kwart van de gemeenten/wijken[23] is de verbinding tussen wijkverpleegkundige en wijkteam een punt van aandacht. In deze gemeenten/wijken heeft het lang(er) geduurd voordat de betreffende professionals elkaar opzochten en in een aantal gevallen wordt nog steeds gezocht naar de juiste manier van met elkaar communiceren. Redenen hiervoor zijn:

- onduidelijkheid bij het wijkteam over de rol van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg en vice versa,
- ontbreken van kennis bij zowel wijkteam als wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg hoe de samenwerking vorm moest krijgen
- in sommige wijken was het wijkteam nog in de opstartfase
- in sommige wijken heeft het langer geduurd om de positie van wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg in te vullen.

"*Bij ons is gekozen voor een groot wijknetwerk in plaats van een sociaal team. Daarbij zijn afspraken gemaakt over de samenwerking tussen de wijkverpleegkundige en de wijkcoach. Aangezien er al een nauwe samenwerking was tussen de wijkcoach en de wijkverpleegkundige, maakte de manier waarop de wijkverpleegkundige was gepositioneerd niet uit.*" – *Wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg*

Uit de rondetafelgesprekken komt naar voren dat in gemeenten/wijken waar ervaring is opgedaan met Zichtbare Schakels[24] de verbinding tussen het wijkteam en de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg al was gelegd en in de meeste gevallen in stand zijn gebleven. Ook in gemeenten waar in een vroeg stadium heldere keuzes zijn gemaakt met betrekking tot de vormgeving van de wijkteams of waar al pilots liepen rondom het gebiedsgericht werken is de verbinding tussen wijkverpleegkundige en het wijkteam vaak sneller tot stand gebracht.

3.2 Verbinding met de huisarts

Vanwege de belangrijke rol van de huisarts in de eerstelijnsgezondheidszorg, is een goed contact tussen de wijkverpleegkundige en de huisarts(en) in een wijk belangrijk. Huisartsen geven aan het prettig te vinden dat zij de wijkverpleegkundige nu (door de niet-toewijsbare zorgtaken) laagdrempelig kunnen inschakelen om bij iemand langs te gaan die nog niet in zorg is wanneer zij de indruk hebben dat er meer aan de hand is, maar nog niet precies weten wat. Daarnaast geven huisartsen aan het prettig te vinden om één of een beperkt aantal aanspreekpunten te hebben als het gaat om (niet-toewijsbare) wijkverpleegkundigen. Dit geldt overigens ook voor de wijkteams. In veel gemeenten is de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg ingekocht bij een beperkt aantal zorgaanbieders. Een deel van deze zorgaanbieders heeft de niet-toewijsbare taken belegd bij een beperkt aantal

[23] Vijf van de negentien gemeenten

[24] Het programma 'Zichtbare Schakel" is begin 2009 opgezet door ZonMw in opdracht van de ministeries van VWS en BZK. Doel was om meer wijkverpleegkundigen in te zetten die een brede invulling konden geven aan hun vak. De 'zichtbare schakels' kregen de ruimte om zorgvragers op te sporen, de verbinding te leggen tussen het medisch en sociaal domein en preventieve taken uit te voeren. Verschillende gemeenten hebben meegedaan aan dit programma.

wijkverpleegkundigen. Hierdoor is het voor deze wijkverpleegkundigen relatief makkelijk om een relatie op te bouwen met de betreffende huisarts (en wijkteam).

Dat de wijkverpleegkundige de taal van de huisarts spreekt, medische kennis heeft en kennis heeft van de sociale kaart, maakt dat deze voor de huisarts een belangrijke verbindende schakel vormt met het wijkteam.

“Wanneer er een spoedzaak is waarin huisarts en het wijkteam samen moeten werken, krijg je het moeilijker voor elkaar; het is fijn dat de wijkverpleegkundige er is om de koppeling te maken.” – Wijkteamlid

In alle rondetafelgesprekken kwam naar voren dat de verbinding tussen de wijkverpleegkundige (niet-toewijsbare zorg) en de huisarts nog niet in alle wijken tot stand is gekomen. De mate waarop de verbinding tot stand is gekomen, hangt af van verschillende factoren:

- Huisartsen zijn zoekende (geweest) wat de rol van de niet-toewijsbare zorg (in relatie tot de toewijsbare zorg) is en hoe deze kan worden ingezet in de praktijk. Het is van belang dat wijkverpleegkundigen tijd investeren om de meerwaarde van wijkgericht werken kenbaar te maken bij huisartsen. Sommige gemeenten hebben bijeenkomsten georganiseerd voor huisartsen om nader uitleg te geven over de meerwaarde van een betere verbinding tussen medisch domein en sociaal domein en de rol van de wijkverpleegkundige daarin. Ook is het belangrijk dat huisartsen tijd investeren om de niet-toewijsbare zorgtaken van de wijkverpleegkundige te leren kennen. Door hoge werkdruk van de huisartsen en onduidelijkheid over de rol van de wijkverpleegkundige is dit nog niet altijd het geval.
- Het is belangrijk dat de wijkverpleegkundige en huisarts elkaar goed kennen en vertrouwen. Nabijheid maakt afstemming makkelijker. In een aantal wijken is de wijkverpleegkundige gehuisvest in hetzelfde gezondheidscentrum als de huisarts of loopt de wijkverpleegkundige dagelijks langs bij de huisarts. Hierdoor ontstaan makkelijker korte lijnen.
- Huisartsen geven aan het belangrijk te vinden om één duidelijk aanspreekpunt te hebben. In steden waarbij de huisarts geografisch niet gebonden is aan wijken, en daardoor niet te koppelen is aan een wijkverpleegkundige (en wijkteam), heeft de huisarts meerdere aanspreekpunten, waardoor het contact minder makkelijk verloopt.

De verantwoordelijkheid van de verbinding tussen sociaal en medisch domein ligt echter niet alleen bij de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. Het wijkteam en de huisarts moeten onderling ook in verbinding staan. Dit is in veel gemeenten nog een aandachtspunt. Wijkteams en huisartsen geven aan dat een deel van de huisartsen weinig tijd vrijmaken voor activiteiten die buiten de curatieve zorg vallen. Een van de redenen die hiervoor wordt gegeven is dat huisartsen vinden dat ze hierdoor inkomsten mislopen.

“Er zijn huisartsen die ons een factuur sturen nadat ze met ons hebben overlegd, anders missen ze inkomsten.” – Wijkteamlid

3.3 Functie wijkverpleegkundige

De meeste wijkverpleegkundigen die deelnamen aan de rondetafelgesprekken combineren hun niet-toewijsbare taken met toewijsbare zorgtaken.[25] Het grootste deel voert de toewijsbare en niet-toewijsbare taken uit in dezelfde wijk. In slechts een enkele gemeente is er gekozen voor functionarissen die alleen niet-toewijsbare zorgtaken uitvoeren.

Onder de niet-toewijsbare taken van de wijkverpleegkundige vallen taken die niet aan één specifieke patiënt te koppelen zijn, zoals afgaan op signalen bij iemand die nog niet in zorg is en een relatie onderhouden met het sociaal wijkteam, Deze taken moeten een impuls geven aan de verbinding tussen het medisch en sociaal domein.

Wijkverpleegkundigen geven aan, in meer of mindere mate, de volgende taken uit te voeren onder de niet-toewijsbare zorg:

- Langsgaan bij inwoners op basis van signalen van de huisarts, het sociaal team, inwoners, etc.
- Stimuleren van gedragsverandering bij inwoners en, indien nodig, stimuleren om ondersteuning of zorg te accepteren
- Onderzoeken welke problematiek er speelt in de wijk (bijvoorbeeld door middel van een wijkscan) en welke maatregelen hiervoor genomen kunnen worden
- Verbindingen leggen tussen de verschillende sociale voorzieningen in de wijk
- Onderhouden van contacten met o.a. de huisarts, het wijkteam, de OGGz
- Bekend raken met- en onderhouden van de sociale kaart
- Overbrengen van medische kennis bij het sociaal team
- Behoefte bepalen bij cliënten met medische problematiek en doorverwijzen naar de juiste organisatie / voorziening in de wijk
- Daar waar de wijkverpleegkundige als generalist werkt, brengt de wijkverpleegkundige naast medische problematiek, ook sociale problematiek in kaart wanneer hij/zij langsgaat bij een burger die nog niet in zorg is.

Veel wijkverpleegkundigen die uitvoering geven aan niet-toewijsbare zorgtaken geven aan dat zij nu ruimte ervaren om wijkgerichte activiteiten uit te kunnen voeren. Zonder expliciete niet-toewijsbare taken ervaren zij een hoge druk om alleen geïndiceerde cliëntgebonden medische zorg te leveren, waardoor zij niet/nauwelijks toekomen aan het leggen van verbinding met het sociale domein. Een aantal wijkverpleegkundigen geeft aan dat een deel van de activiteiten die nu worden uitgevoerd onder de vlag van niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg, bestaat uit activiteiten die volgens de aanspraak wijkverpleging vallen onder de handelingen die behoren tot toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. In een aantal gemeenten voelen zelfs wijkverpleegkundigen met niet-toewijsbare zorgtaken druk om alleen toewijsbare zorg te leveren.

---

[25] Dit komt overeen met het beeld dat uit de Derde Impactanalyse overheveling wijkverpleegkundige zorg naar voren komt, Sirm, 24 november 2015 en met de publicatie: 'Hoe werken wijkverpleegkundigen samen met het sociale domein', Vilans, oktober 2015

In een aantal gemeenten verrichten wijkverpleegkundigen de niet-toewijsbare zorgtaken vanuit een consortium waarin verschillende zorgaanbieders die werkzaam zijn in dat gebied deelnemen. Deze wijkverpleegkundigen geven aan dat de onafhankelijke positie, die zij door deze manier van het organiseren van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg hebben, ten opzichte van hun moederorganisatie maakt dat:

- zij (nog) beter in staat zijn dan andere wijkverpleegkundigen niet-toewijsbare zorg om ook het aanbod van andere zorgaanbieders onder de aandacht van de cliënt te brengen.[26]
- zij ruimte/tijd kan houden in haar agenda voor haar wijkgerichte activiteiten zonder dat deze onder druk komen te staan van de case-load die zij aan toewijsbare zorgtaken heeft.

"Omdat ik overdag alleen maar met casussen bezig ben, fiets ik 's avonds nog langs de wijk om mijn gezicht te laten zien. Anders heb je geen tijd om jezelf zichtbaar te maken." - Wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

"Ik zie weinig activiteit vanuit thuiszorgaanbieders om de niet-toewijsbare zorg en de kanteling te stimuleren, of daar een visie op te hebben. Het ligt vooral bij de wijkverpleegkundige zelf en de mate van ruimte die je krijgt. Je moet heel precies aan je manager laten zien wat je precies doet, daar moet je voor knokken." – Wijkteamlid

"Ik krijg van mijn werkgever niet de ruimte om invulling te geven aan niet-toewijsbare taken. Omdat daar wel mijn hart ligt doe ik die nu dus grotendeels tijdens mijn kantoordagen. Voor het registreren op kantoortijd word ik ook teruggefloten vanuit mijn eigen organisatie omdat dit de productiecijfers naar beneden haalt." – Wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

Behoeftebepaling

Over het algemeen wordt de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg ingezet op casussen waar sprake is van medische problematiek. Wanneer de behoefte van de betreffende cliënt zich met name op het medische domein bevindt dan vraagt het wijkteam aan de wijkverpleegkundige om de behoeftebepaling te doen. Wanneer er sprake is van een gecombineerde vraag dan wordt zo mogelijk een gezamenlijk huisbezoek afgelegd. Deze casussen worden over het algemeen besproken in afstemmingsoverleggen.

"Ik kreeg een melding van het wijkteam over een jonge vrouw die vreemd op de bank zat. Het wijkteam begreep niet precies wat er aan de hand was. Uiteindelijk ben ik bij de vrouw langsgegaan en bleek dat zij ernstig dementerend was. Ik heb goed contact met het wijkteam overgehouden na de goede samenwerking in deze casus" Wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

[26] Door de aparte bekostiging van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg zijn de wijkverpleegkundigen niet gebonden door te verwijzen naar hun eigen organisatie; zij mogen naar elke zorgaanbieder verwijzen.

In die gemeenten waar de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg integraal onderdeel uitmaakt van het wijkteam[27] kan deze worden ingezet op alle casussen. Het kan dus voorkomen dat deze wijkverpleegkundige wordt ingezet op een casus waar geen medische component aanwezig is. Deze wijkverpleegkundige wordt geacht in staat te zijn om alle leefdomeinen in kaart te brengen, zowel het medische domein als het sociale domein.

Wijkteams geven aan dat de medische manier van kijken van de wijkverpleegkundige en de laagdrempelige toegang daartoe van meerwaarde is in het bepalen van de behoefte van een cliënt.

“Het wijkteam ging laatst bij een cliënt kijken omdat zijn financiën niet op orde waren en hij zijn huis uit moest. Het wijkteamlid kwam er toen achter dat de cliënt ook diabeet is en de behandeling nog niet goed liep. Het wijkteamlid heeft mij toen gevraagd om mee te gaan op huisbezoek, zodat ik kon adviseren wat er moest gebeuren.” - Wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

“Ik werd door de diabetesverpleegkundige gevraagd een cliënt met diabetes beter in te stellen. Tijdens het eerste bezoek aan deze cliënt bleek dat deze te maken had met grote schulden. Ik heb toen er voor gezorgd dat schuldhulpverlening werd ingezet. Het heeft weinig zin te proberen iemand goed in te stellen als deze moet leven op wit brood en witte bonen in tomatensaus.” – Wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

In die wijken/gemeenten waar de verbinding tussen wijkteam en wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg (nog) niet voldoende tot stand is gekomen, komt ook de afstemming van de behoefte van de cliënt op het medische domein en het sociaal domein niet voldoende tot stand. Hierdoor kan het voorkomen dat met eenzelfde cliënt meerdere vraagverhelderende gesprekken op de verschillende domeinen worden gevoerd.

Om op een goede manier invulling te kunnen geven aan de behoeftebepaling is het noodzakelijk dat de leden van een wijkteam in staat zijn om een globale inschatting te maken of een cliënt (ook) medische zorg nodig heeft. Gemeenten geven hier op verschillende manieren invulling aan:

- De wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg maakt integraal onderdeel uit van het wijkteam.[28]
- Gemeenten hebben geïnvesteerd in opleiding en training van wijkverpleegkundigen, waarbij is ingespeeld op vraagverheldering op alle leefdomeinen.[29]
- Door middel van casuïstiekbespreking met het wijkteam en de wijkverpleegkundige leren beide van elkaar om met een respectievelijk medische en sociale blik naar een casus te kijken.
- Wijkverpleegkundigen brengen kennis over bij wijkteams als er vragen zijn over zorg gerelateerde onderwerpen.

27 Zes van de negentien gemeenten

28 Zes van de negentien gemeenten

29 Twee van de negentien gemeenten

- Eén gemeente heeft, naast de beschikbare capaciteit aan niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg, wijkverpleegkundige capaciteit ingekocht zodat deze kennis altijd beschikbaar is in het wijkteam.

Andersom moet de wijkverpleegkundige kunnen inschatten of er (naast medische zorg) maatschappelijke ondersteuning nodig is. Wijkverpleegkundigen geven aan dat het voor het effectief inzetten van niet-toewijsbare zorg noodzakelijk is om voldoende zicht te hebben op de sociale kaart van de gemeente. Sommige gemeenten hebben online een sociale kaart ontwikkeld (of zijn hier mee bezig), waarop alle voorzieningen in de wijk worden bijgehouden. In gemeenten waar dit niet zo is, hangt het voornamelijk af van de kennis die de wijkverpleegkundige via zijn/haar netwerk vergaart rondom de sociale voorzieningen in de wijk.

Signalering

Een doel van de Herziening Langdurige Zorg is dat zorg en ondersteuning dichtbij, meer in de omgeving van de inwoner en in een vroeger stadium ingezet kan worden.[30] Directe en indirecte signalen dat iemand een behoefte aan zorg en/of ondersteuning heeft, moeten snel en doeltreffend worden opgepakt. Deze signalen komen van verschillende 'vindplaatsen', zoals van de burger zelf, van mensen in hun directe omgeving, van zorgprofessionals die al bij een burger betrokken zijn en van bijvoorbeeld scholen, maatschappelijke instellingen, politie en woningcorporaties. Inwoners, instanties en vrijwilligers hebben zicht nodig op waar ze met hun vraag terecht kunnen.

De wijkverpleegkundige wordt over het algemeen als laagdrempelig ervaren en wordt daardoor in een aantal wijken/gemeenten door zowel inwoners, instanties, huisartsen, etc. beter gevonden dan het betreffende wijkteam.

"Wij vonden het erg vervelend dat bemoeizorg[31] anders werd ingericht. Het was waardevol om alle professionals aan tafel te hebben, ook 'niet-pluis' signalen kwamen vaak via bemoeizorg. Wij doen hard ons best om de relaties in stand te houden omdat ze niet in elke wijk nu goed belegd zijn, maar we maken ons er wel zorgen over." - Wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

Wijkverpleegkundigen geven aan dat zij nu beter in staat zijn om het 'probleem achter het probleem' uit te zoeken en 'achter de voordeur' te komen van moeilijk bereikbare groepen zoals bijvoorbeeld zorgmijders. Dit komt mede doordat zij, op basis van de niet-toewijsbare taken, ruimte hebben om mogelijke medische problematiek te signaleren bij inwoners die nog geen zorg ontvangen en hierbij niet de druk ervaren van een maximum aan tijd dat zij per cliënt hieraan mogen besteden. De wijkverpleegkundige heeft hierdoor

[30] *Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein*, mei 2014

[31] Bemoeizorg is voor mensen met complexe verslavings- en psychiatrische problematiek, die geen reguliere hulpverlening krijgen. Na signalen van bijvoorbeeld familie of woningbouw zoeken bemoeizorgers contact met een cliënt en verlenen laagdrempelig hulp in de eigen leefomgeving om ze uiteindelijk naar passende zorg toe te leiden.

de tijd om vertrouwen op te bouwen en toe te werken naar zorg of ondersteuning (indien nodig). De huisartsen onderschrijven dit en zien dit als een belangrijke meerwaarde van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

“Er was een man in mijn wijk die een wond had opgelopen. Deze wond was nog aan het genezen, maar de man zorgde niet goed voor zichzelf en begon thuis veel te drinken. De wond kon daardoor niet goed helen. Iemand vanuit de kerk heeft hierover contact met mij opgenomen. Ik ben toen naar het huis van de man geweest. Voordat ik binnen mocht komen heb ik eerst een uur voor de deur staan praten. Daarna heb ik hem er van kunnen overtuigen dat zijn wond verzorging nodig had. Zonder de niet-toewijsbare zorg had ik daar nooit de tijd voor gehad.” - Wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

“Ook voor verslavingszorg heb ik nu meer ruimte. Bij deze doelgroep kan het voorkomen dat de cliënt klaagt over lichamelijke klachten en uiteindelijk blijkt dat er een verslaving achter zit. Zonder de niet-toewijsbare zorg had ik waarschijnlijk een niet strikt noodzakelijke indicatie gedaan zodat ik nog een oogje in het zeil kon houden, maar had ik geen tijd gehad om het probleem verder uit te zoeken. Nu heb ik daar wel de ruimte voor.” Wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

Mandaat

In die gemeenten[32] waar ervoor gekozen is om de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg integraal onderdeel uit te laten maken van het wijkteam heeft deze wijkverpleegkundige ook volledig mandaat. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige, net als (de andere) leden van het wijkteam, mag doorverwijzen naar zowel individuele als collectieve Wmo-voorzieningen.

Daar waar wijkverpleegkundigen niet-toewijsbare zorg geen onderdeel uitmaken van het wijkteam of alleen worden ingezet op casussen waar sprake is van medische problematiek hebben deze wijkverpleegkundigen geen aanvullend mandaat gekregen. In een aantal gemeenten is er echter sprake van een (lichte) formele toets op de indicaties voor Wmo-voorzieningen door de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. Wanneer er sprake is van een goede verbinding tussen wijkverpleegkundige en wijkteam, wordt het niet hebben van een formeel mandaat op het sociaal domein niet als een gemis of als inefficiënt ervaren.

3.4 2015 als ‘inregel’jaar

Tijdens alle rondetafelgesprekken wordt aangegeven dat 2015 in het teken stond van het ervaring opdoen met de functie van wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg, het inregelen van de samenwerking met het wijkteam en in den brede leren werken in de nieuwe constellatie. Ook hadden wijkverpleegkundigen in 2015 te maken met veel herindicaties, die een groot beroep deden op de beschikbare capaciteit. 2015 wordt over het algemeen gezien als een experimenteerjaar waarvan de opgedane ervaringen worden gebruikt om in 2016 gerichter invulling te geven aan de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en de verbinding tussen medisch en sociaal domein.

[32] Zes van de negentien gemeenten

Tijdens zes van de acht rondetafelgesprekken wordt aangegeven dat het moeilijk is (geweest) om voldoende gekwalificeerde wijkverpleegkundigen te vinden die niet-toewijsbare zorgtaken kunnen en willen uitvoeren. Dit komt enerzijds doordat er in den brede een tekort aan HBO-geschoolde wijkverpleegkundigen wordt ervaren.[33] Anderzijds moeten wijkverpleegkundigen leren om breder te kijken dan sec de toewijsbare zorgtaken. Om uitvoering te kunnen geven aan niet-toewijsbare wijkverpleegkundige taken is het van belang dat wijkverpleegkundigen over goede communicatieve vaardigheden beschikken en in staat zijn om te kunnen motiveren, stimuleren en breder te kijken dan alleen medische zorg. Niet iedere wijkverpleegkundige is hiertoe bereid en/of toe in staat.

"Er zijn in mijn werkgebied te weinig wijkverpleegkundigen die de goede opleiding hebben gedaan. Sommige wijkteams hebben niet eens één niveau-5 verpleegkundige, deze zijn ook bijna niet te krijgen. Bij ons wordt de coördinerende rol en de afstemming met het sociaal domein nu door de POH gedaan." – Huisarts

Hoewel het (nog) niet mogelijk is om kwantitatief effecten in kaart te brengen, zijn gemeenten en zorgverzekeraars op elk hun eigen manier bezig om effecten van de verbinding tussen sociaal domein en medisch domein te evalueren. Voorbeelden hiervan zijn:

- Binnen wijkteams van een gemeente worden periodiek casussen doorgenomen; hierbij wordt gekeken welke professionals betrokken waren bij de casus, met welke zorg en ondersteuning de cliënt binnenkwam en welke zorg en ondersteuning de cliënt uiteindelijk nodig had. Dit wordt echter als behoorlijk intensief bevonden en brengt veel administratieve lasten met zich mee.
- Het geven van een korte vragenlijst aan de cliënt na ieder vraagverhelderingsgesprek. Daarin wordt gevraagd hoe de inwoner het gesprek heeft ervaren, of hij/zij zich gehoord voelde, het eens was met de uitkomst en of de communicatie snel genoeg was. Dit is van toepassing op zowel de inzet van een wijkteamlid als van een wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg.
- De komende jaren zullen, op initiatief van een zorgverzekeraar, wijkteams in een regio gaan werken met een app op basis van de ICF, waarbij op vijf leefgebieden inzichtelijk wordt gemaakt wat mensen nog kunnen en wat ze ambiëren. Hierdoor kunnen mensen zien welke progressie ze kunnen doormaken en hoe ze zich zelf en hun ziekte kunnen managen. Zorg professionals kunnen ze inschakelen als het hen helpt in dat proces. Door middel van deze app kunnen analyses worden gemaakt van de mate waarin een problematiek voorkomt en welke interventies zijn gedaan. Hierdoor kan inzicht worden gekregen in de mate waarop ondersteuning (Wmo), zorg (Zvw) en langdurige zorg (Wlz) is ingezet en welk effect dit heeft op de beleving van de cliënt.
- In een gemeente wordt samen met de Hogeschool Rotterdam een monitor ontwikkeld die inzicht moet gaan bieden in de resultaten van de inzet van wijkteams en de inzet van niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.
- Een zorgverzekeraar heeft samen met een aantal gemeenten een instrumentarium ontwikkeld dat momenteel in verschillende wijken wordt uitgevoerd. Met dit

[33] Dit komt overeen met de resultaten uit het onderzoek "Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019" KIWA, CAOP, oktober 2015

instrumentarium, in de vorm van vragenlijsten, wordt achterhaald op welke manier invulling wordt gegeven aan de niet-toewijsbare zorgtaken in een wijk, in hoeverre de verbinding tussen het sociaal en medisch domein tot stand is gekomen en wat de meerwaarde is van de wijkverpleging niet-toewijsbare zorg in de wijk.

Staatssecretaris van Rijn heeft in een kamerbrief[34] aangekondigd dat de representatiefunctie en het onderscheid in de bekostiging van toewijsbare- en niet-toewijsbare taken van de wijkverpleging zal komen te vervallen op 1 januari 2017. Gemeenten maken zich zorgen dat daarmee de verbinding die is opgebouwd tussen wijkverpleging en het wijkteam onder druk zal komen te staan. Gemeenten geven aan dat het van belang is dat er voldoende tijd beschikbaar is om de verbinding tussen medisch en sociaal domein duurzaam tot stand te brengen. Zeker in gemeenten waar de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg nog maar korte tijd is ingevuld is deze verbinding niet overal in voldoende mate georganiseerd.

"Als je moeite hebt om voldoende goede wijkverpleegkundigen in de wijk te krijgen, is twee jaar heel weinig om de verbinding tussen medisch en sociaal domein in orde te krijgen." – Zorginkoper zorgverzekeraar

Met het oog op het vervallen van de representatiefunctie en de aparte bekostiging van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige taken, wordt door een aantal gemeenten/zorgverzekeraars plannen gemaakt hoe het beste invulling kan worden gegeven aan de inkoop wijkverpleging in 2017. Daarbij wordt gezocht naar mogelijkheden om binnen een bekostiging waarbij er geen onderscheid is tussen toewijsbare en niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg, de huidige infrastructuur in de wijk (en de relatie tussen wijkteam en wijkverpleging) te behouden en verder te bevorderen. Daarvoor wordt bijvoorbeeld gedacht aan een aparte module wijkgericht werken waarbinnen gemeenten en zorgverzekeraar gezamenlijk concrete inkoopvoorwaarden formuleren. Voor deze module moeten aanbieders aan bepaalde voorwaarden voldoen, die in samenspraak met (o.a.) gemeenten worden opgesteld. Een andere vorm is een verkenning binnen een regio naar een coöperatiemodel of gebiedsgerichte inkoop van wijkverpleging, waardoor een beperkt aantal samenwerkingspartners voor het wijkteam kan worden gewaarborgd.

[34] Kamerbrief *Voorhangbrief bekostiging wijkverpleging*, 19 mei 2015

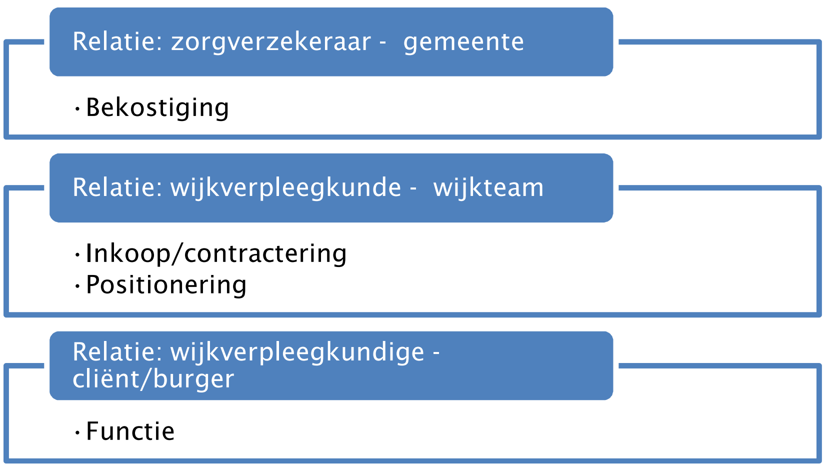
4 Samenvattende analyse

De opbrengsten van acht rondetafelgesprekken en de voorbereidende gesprekken die hiervoor zijn gevoerd met vertegenwoordigers van gemeenten en zorgverzekeraars geven aan dat de inzet van niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg door zowel wijkverpleegkundigen, wijkteamleden als huisartsen wordt gezien als **cruciaal** in het verbinden van het medische en sociale domein voor de cliënt. De belangrijkste redenen die hiervoor worden gegeven zijn:

- De wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg heeft de **tijd** om vertrouwen op te bouwen en toe te werken naar zorg of ondersteuning (indien nodig). Hierdoor kan de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg het ‘probleem achter het probleem’ uitzoeken bij cliënten en ‘achter de voordeur’ komen van moeilijk bereikbare groepen.
- Het inzetten van een wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg wordt als **laagdrempelig** gezien, zowel door wijkteams en huisartsen als door cliënten.
- De **onafhankelijke positie** die de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg in een aantal gemeenten heeft door de manier waarop de niet-toewijsbare wijkverpleegkundig zorg is georganiseerd maakt dat zij (nog) beter in staat is dan andere wijkverpleegkundigen niet-toewijsbare zorg om ook het aanbod van andere zorgaanbieders onder de aandacht van de cliënt te brengen en zij ruimte/tijd kan houden in haar agenda voor haar wijkgerichte activiteiten zonder dat deze onder druk komen te staan van de case-load die zij aan toewijsbare zorgtaken heeft.
- De wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg spreekt de taal van de huisarts, heeft medische kennis en heeft kennis van de sociale kaart, waardoor de wijkverpleegkundige een belangrijke **spil** vormt tussen huisarts, wijkteam en cliënt.

Met name in de beschikbare tijd en de onafhankelijke positie die de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg heeft, wijkt deze af van de wijkverpleegkundige die toewijsbare zorgtaken uitvoert.

De inzet op de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg kan gezien worden als een eerste interventie om te komen tot een sterkere eerste lijn. De separate bekostiging van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg heeft er toe geleid dat op alle niveaus van samenwerking (zie ook hoofdstuk 2) beweging is ontstaan om te komen tot een sterkere eerste lijn en een betere verbinding tussen medisch en sociaal domein.



Hierin kunnen de volgende randvoorwaarden worden onderscheiden

- Goede verbinding tussen wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg en wijkteam
  Gemeenten kiezen in de meeste gevallen er voor de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg geen onderdeel te laten uitmaken van het wijkteam. De wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg wordt hoofdzakelijk ingezet op casussen waar sprake is van medische problematiek, waarin de wijkverpleegkundige dan de behoeftebepaling doet.

  Om als wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg van toegevoegde waarde te kunnen zijn is het noodzakelijk dat deze inzicht heeft in de sociale kaart van een gemeente/wijk en dat zij goed contact heeft met het wijkteam. Dit is in een kwart van de gemeenten/wijken nog een aandachtspunt. In die gemeenten waar ervaring is opgedaan met de Zichtbare Schakel is de verbinding het meest stevig. Ook in gemeenten/wijken waar sprake is van een goed functionerend wijkteam is de verbinding over het algemeen goed tot stand gekomen.

  Als deze verbindingen op voldoende niveau zijn, dan maakt de keuze die gemeenten en zorgaanbieders hebben gemaakt in de positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg weinig tot geen verschil. Ook wordt dan het niet hebben van een formeel mandaat op het sociaal domein niet als een gemis of inefficiënt ervaren door de wijkverpleegkundige.

- Goede verbinding tussen wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg en huisarts
  Een goede verbinding tussen de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg en de huisarts(en) is essentieel om de eerste lijns zorg te versterken. Hierbij zijn de volgende werkende bestanddelen te identificeren:
  - De huisarts kan de wijkverpleegkundige laagdrempelig inschakelen als hij/zij zich zorgen maakt
  - De huidige inrichting van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg maakt dat de huisarts een beperkt aantal aanspreekpunten heeft met betrekking tot wijkverpleging
  - Wijkverpleegkundige spreekt taal van huisarts, heeft medische kennis en kennis van sociale kaart waardoor wijkverpleging voor huisarts de verbinding is met wijkteam
  - Nabijheid van wijkverpleegkundige (gevestigd in zelfde gezondheidscentrum) helpt
  - In gemeenten/wijken waar huisartsenzorg wijkgericht is georganiseerd, loopt de verbinding eenvoudiger

- Borging onafhankelijkheid en beschikbaarheidsfunctie
  De zienswijze van de Staatssecretaris dat elke wijkverpleegkundige de taak heeft om over de grenzen van haar eigen (medische) domein heen te kijken en de verbinding te leggen met het sociale domein wordt door de deelnemers aan de rondetafelgesprekken onderschreven. Zij geven echter ook aan dat door het concentreren van de niet toewijsbare wijkverpleegkundige zorgtaken bij een beperkt aantal functionarissen de verbinding tussen medisch en sociaal domein beter en effectiever tot stand gebracht kan worden.

  Naar aanleiding van het aangekondigde wegvallen van de representatiefunctie en het onderscheid in de bekostiging van toewijsbare- en niet-toewijsbare taken van de wijkverpleging op 1 januari 2017 maken de deelnemers zich echter zorgen dat datgene

wat in het afgelopen jaar in de verbinding tussen de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg, het wijkteam en de huisartsen tot stand is gebracht teniet wordt gedaan. Om dit te voorkomen is het noodzakelijk dat de onafhankelijke positie van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg en haar beschikbaarheidsfunctie worden geborgd. Daarnaast is, met het oog op het faciliteren van afstemming met wijkteams en huisartsen, de concentratie van de niet-toewijsbare zorgtaken bij een beperkt aantal wijkverpleegkundigen aan te bevelen.

- Voldoende capaciteit en kwaliteit wijkverpleegkundigen niet-toewijsbare zorg
  In de meeste gemeenten/wijken voeren wijkverpleegkundigen die verantwoordelijk zijn voor toewijsbare taken, ook de niet-toewijsbare taken uit. Slechts een enkeling voert alleen niet-toewijsbare taken uit. Door het expliciet maken van niet-toewijsbare taken en een separaat budget hiervoor voelen wijkverpleegkundigen ruimte om hieraan invulling te geven en kunnen zij beter de vraag achter de vraag signaleren. Wijkverpleegkundigen ervaren zonder dit separate budget vaak te weinig ruimte om invulling te geven aan hun signalerende taken, ook binnen de toewijsbare zorg. De focus van aanbieders lijkt zich in de meeste gevallen meer op toewijsbare zorg te liggen.

  Een breed gedragen zorg is dat het moeilijk is voldoende geschikte wijkverpleegkundigen te vinden die niet-toewijsbare zorgtaken kunnen en willen uitvoeren. Niet alleen de kwantiteit wordt als zorg genoemd, maar ook de kwaliteit en de mogelijkheid verder te kijken dan de toewijsbare zorg. In de opleidingen zouden de verbindende aspecten tussen medisch domein en sociaal domein van de wijkverpleegkundige zorg meer aandacht moeten krijgen.

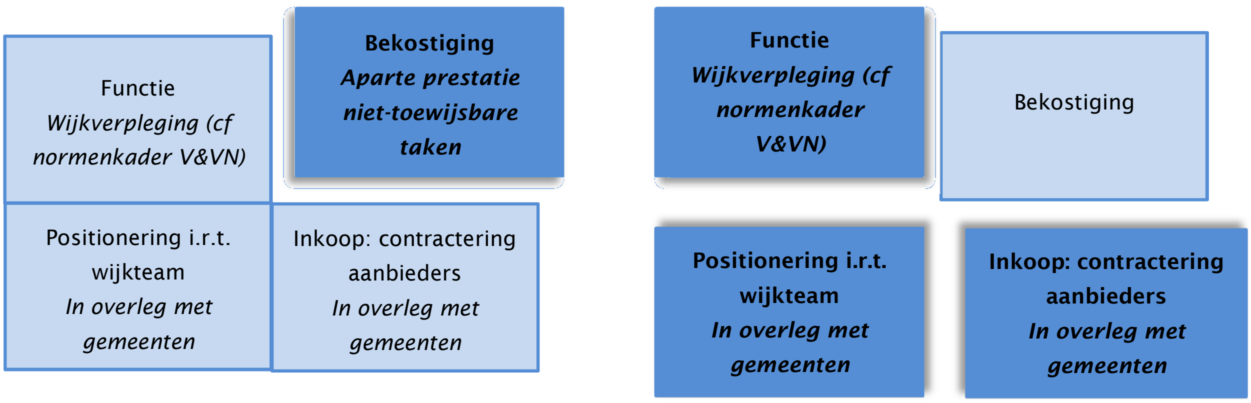
- Tijd om door te ontwikkelen
  2015 heeft voor veel gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het teken gestaan van het inregelen van de samenwerking tussen wijkteam en wijkverpleegkundigen. Het is daarom volgens betrokkenen (nog) niet mogelijk uitspraken te doen over of de beschikbare capaciteit voldoende is of tot welke effecten de inzet van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg heeft geleid. Het op een goed niveau organiseren van de verbinding tussen wijkverpleegkundige, wijkteam en huisarts en het elkaar leren kennen heeft meer tijd nodig om het gewenste effect te kunnen bewerkstelligen dan nu beschikbaar lijkt te zijn. Partners hebben voor deze ontwikkeling behoefte aan een langere horizon dan 2017.

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Van de vier instrumenten waarmee gestuurd kan worden op de verbinding tussen sociaal domein en medisch domein (functie, bekostiging, positionering en inkoop) is in 2015 (en 2016) met name ingezet op bekostiging als middel om de samenhang tussen hulp, ondersteuning en zorg in de wijk tot stand te brengen.[35]

Op basis van het voorgaande hoofdstuk kan worden geconcludeerd dat een separate bekostiging weliswaar een noodzakelijke impuls heeft gegeven aan de verbinding tussen het sociaal domein en het medische domein, maar dat inzet op de andere drie sturingsinstrumenten (functie, positionering en inkoop) noodzakelijk is om te komen tot een sterkere eerste lijn en een effectievere en duurzamere verbinding.



2015 (en 2016) 2017 en verder

Positionering

Om als wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg van toegevoegde waarde te kunnen zijn is het noodzakelijk dat deze goed contact heeft met het wijkteam en met de huisartsen. In die gemeenten waar heldere keuzes zijn gemaakt met betrekking tot de vormgeving van de wijkteams en waar duidelijkheid is over de taakverdeling tussen het wijkteam en de wijkverpleegkundige is over het algemeen de verbinding tussen wijkverpleegkundige en wijkteam goed tot stand gekomen.

Welke positionering van de wijkverpleegkundige ten opzichte van het wijkteam is gekozen heeft, wanneer de verbinding goed tot stand is gekomen, geen/weinig invloed op de effectiviteit van de inzet van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg.

[35] Kamerbrief *Voorhangbrief bekostiging wijkverpleging* 19 mei 2015

Functie wijkverpleging

De zorg dat een aparte bekostiging van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg zou leiden tot zogenaamde ‘vergader-zusters’, is in de meeste gevallen ongegrond gebleken. De wijkverpleegkundigen gebruiken maar een deel van de beschikbare tijd voor netwerken en afstemming.

De niet-toewijsbare wijkverpleegkundige taken worden door wijkverpleegkundigen, gezien als een essentiële toegevoegde waarde in het verbinden van het medische en sociale domein, omdat:

- De wijkverpleegkundige vanuit de niet-toewijsbare taken de tijd heeft om vertrouwen op te bouwen en toe te werken naar zorg of ondersteuning (indien nodig). Hierdoor kan de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg ‘achter de voordeur’ komen van mensen die nog niet in zorg zijn (bijvoorbeeld moeilijk bereikbare groepen).
- De wijkverpleegkundige vanuit de niet-toewijsbare taken de tijd heeft om relaties op te bouwen met het wijkteam, huisarts en andere partners in de wijk.
- De onafhankelijke positie die de wijkverpleegkundige vanuit de niet-toewijsbare taken in een aantal gemeenten heeft door *de manier waarop* de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg *is georganiseerd* maakt dat zij (nog) beter in staat is dan andere wijkverpleegkundigen niet-toewijsbare zorg om ook het aanbod van andere zorgaanbieders onder de aandacht van de cliënt te brengen en zij ruimte/tijd kan houden in haar agenda voor haar wijkgerichte activiteiten zonder dat deze onder druk komen te staan van de case-load die zij aan toewijsbare zorgtaken heeft.

Naast bovenstaande activiteiten bestaat een aanzienlijk deel van de activiteiten, die door wijkverpleegkundigen tijdens de rondetafelgesprekken worden toegeschreven aan taken die zij doen in het kader van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg, uit activiteiten die volgens de aanspraak wijkverpleging vallen onder de handelingen die behoren tot toewijsbare wijkverpleegkundige zorg (bv. het ‘probleem achter het probleem’ uitzoeken bij cliënten).

Wijkverpleegkundigen nemen onder de noemer van niet-toewijsbare taken meer ruimte in hun taakopvatting ten behoeve van de cliënt en zijn omgeving dan zij dat binnen hun toewijsbare taken doen. Deels heeft dit te maken met prikkels die hun werkgevers ervaren in de contractering van deze taken (zie hieronder), anderzijds duidt dit op een deskundigheidstekort en een te smalle beroepsopvatting als het gaat om het geven van invulling aan de volledige functionaliteit van een wijkverpleegkundige.

Inkoop

De verbinding tussen medisch en sociaal domein is gebaat bij een beperkt aantal wijkverpleegkundigen dat invulling geeft aan niet-toewijsbare taken. In de contractering van zorgaanbieders voor wijkverpleegkundige zorg is het daarmee van belang dat zorgverzekeraars met gemeenten afstemmen hoe een selectie kan worden gemaakt van de meest geschikte zorgaanbieders.

Daarnaast heeft het op een goed niveau organiseren van de verbinding tussen wijkverpleegkundige, wijkteam en huisarts tijd nodig om het gewenste effect te kunnen bewerkstelligen. Wijkteams en huisartsen hebben voor deze ontwikkeling behoefte aan het opbouwen van een duurzame relatie met de wijkverpleegkundige. De contractuele afspraken die zorgverzekeraars nu met zorgaanbieders maken hebben een looptijd van een

jaar, waardoor er sprake is van een beperkte scope die zorgaanbieders aan de samenwerking met gemeenten kunnen geven.

Kwantiteit en kwaliteit wijkverpleegkundigen

De wijkverpleegkundige heeft een essentiële rol in de verbinding tussen het medische en sociale domein. Om hier op voldoende niveau invulling aan te geven is het noodzakelijk dat er voldoende gekwalificeerde wijkverpleegkundigen beschikbaar zijn. In een brief aan de Tweede Kamer[36] gaat de Staatssecretaris van VWS in op de verschillende trajecten die op dit moment lopen om de dreigende tekorten aan wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk te beperken.

Bekostiging

Een versterking van de eerste lijn is noodzakelijk om mensen langer zelfstandig te laten wonen en het beroep op zwaardere zorg en (langdurige) ziekenhuisopnamen zoveel mogelijk te voorkomen.[37] Doel van de invoering van een aanvullende prestatie voor de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige taken in 2015 was om een impuls te geven aan de samenhang tussen zorg en ondersteuning in de wijk.[38] De wijkverpleegkundige vormt de verbinding tussen de verschillende domeinen.[37]

Op basis van de signalen die wijkverpleegkundigen geven tijdens de rondetafelgesprekken kan worden geconcludeerd dat de volumeprikkel die in de huidige bekostiging is opgenomen tot gevolg heeft dat wijkverpleegkundigen binnen hun toewijsbare taken worden geremd in het breder kijken dan de oorspronkelijke zorgvraag en in het waar nodig verbinding leggen met het sociaal domein. De aanvullende prestatie niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg kent deze volume prikkel niet. Het ministerie van VWS beoogt de volumeprikkel die in de huidige bekostiging van extramurale verpleging is verweven door iedere handeling te koppelen aan een tarief, weg te nemen.[39]

Gemeenten en zorgverzekeraars zijn op basis van de Wmo en de Zvw verplicht om afspraken te maken over de invulling van de prestatie niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en daarmee over de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk.[39] In de aanloop naar 2015 zijn deze afspraken op regionaal en lokaal niveau tot stand gekomen. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben het proces om tot afspraken te komen over het algemeen positief ervaren.[40]

---

[36] Commissiebrief Tweede Kamer *inzake Verzoek om reactie op onderzoeksrapport "Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019"* 22 december 2015

[37] *Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging*, 28 maart 2014

[38] Kamerbrief *Voorhangbrief bekostiging wijkverpleging* 19 mei 2015

[39] Kamerbrief *Bekostiging wijkverpleging* 19 mei 2014

[40] *Verbinding wijkverpleging en sociaal domein* AEF februari 2015

Op basis van de ervaringen die tijdens de rondetafelgesprekken zijn opgehaald kan geconcludeerd worden dat de aanvullende prestatie niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg goed heeft gewerkt om zorgverzekeraars en gemeenten met elkaar om tafel te krijgen. Hiermee is een eerste aanzet gegeven tot de noodzakelijke versterking van de eerste lijn.

5.2 Aanbevelingen

Bekostiging en inkoop

Om de eerste lijn, en daarmee de verbinding tussen het medische en sociale domein, verder te versterken, is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars en gemeenten met elkaar blijven afstemmen. Op deze manier kan een belangrijke impuls worden gegeven aan het langer zelfstandig thuis wonen van mensen. Dit in zichzelf zou al voldoende prikkel moeten zijn voor zorgverzekeraars en gemeenten om te komen tot een duurzame samenwerking, die verder gaat dan alleen de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg (denk hierbij aan afspraken met betrekking tot preventie en dementie). Daarmee zou de prikkel tot samenwerking, die uitgaat van de aanvullende prestatie niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg, overbodig moeten zijn. Zolang zorgverzekeraars en gemeenten hier echter niet voldoende van overtuigd zijn, zal een prikkel tot afstemming noodzakelijk zijn.

Het ontwerpen van een prikkel om tot afstemming te komen tussen gemeenten en zorgverzekeraars over een effectieve werkwijze tussen het medische en het sociale domein in de wijk is geen sinecure. Er liggen twee condities aan ten grondslag:

- Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het afsluiten van contracten met aanbieders over niet-toewijsbare zorg. Gemeenten kunnen geraadpleegd worden, maar als de samenwerking niet tot stand komt, dan blijft de verantwoordelijkheid bij de zorgverzekering. Afstemming komt niet vanzelf. Dat kan in de praktijk betekenen dat de afgesloten contracten ten behoeve van wijkgericht werken niet bijdragen aan een effectieve werkwijze (tussen medisch en sociaal), omdat gemeenten onvoldoende gekend zijn in de inkoopvoorwaarden. Daarom is het voorstel om niet een verplichting tot samenwerking op te leggen maar aan zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid (opdracht) te geven om aan te tonen dat de inkoopvoorwaarden en contractering van aanbieders een positief effect hebben op de samenwerking tussen medisch en sociaal domein (conform de keuzes van de gemeenten). Met andere woorden de zorgverzekeraars krijgen de verantwoordelijkheid om aan te tonen dat hun inkoopvoorwaarden effectief zijn ten behoeve van wijkgericht werken. Het aantonen hiervan is eenvoudiger wanneer er afstemming is gezocht met de gemeenten.

- Daartegenover staat dat niet van de zorgverzekeraars verwacht mag worden dat zij afstemming zoeken met bijna 400 individuele gemeenten. Het is voor zorgverzekeraars ondoenlijk om op dat niveau te schakelen. Goede afstemming kan alleen plaatsvinden als gemeenten zich op een redelijke schaal weten te organiseren (bijvoorbeeld regionale schaal). Als dat gemeenten niet lukt, dan zijn voor de zorgverzekeraar niet de randvoorwaarden aanwezig voor effectieve afstemming.

Er zijn verschillende voorbeelden in het land waar de samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeenten wordt gecontinueerd, los van de nieuwe bekostiging. Dit gebeurt veelal in de vorm van een convenant en/of werkagenda tussen zorgverzekeraar en gemeenten (vaak op regionale schaal). Ook op het niveau van de inkoop is er sprake van afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars, zoals:

- Een zorgverzekeraar heeft aangegeven een aparte module op te zetten voor niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Deze module wordt los aangeboden aan aanbieders, waarbij de zorgverzekeraar samen met gemeenten criteria formuleert waar de zorgaanbieder aan moet voldoen. Deze criteria worden per regio geformuleerd. Aanbieders kunnen zich – mits ze aan de inkoopvoorwaarden voldoen – inschrijven voor de aparte module. Vervolgens contracteert de zorgverzekeraar – in overleg met gemeenten (via de regionale schaal) – een beperkt aantal aanbieders voor de module. De verantwoordelijkheid ligt vervolgens bij gemeenten en gecontracteerde aanbieders om de module toepasbaar te maken in de lokale situatie.
- Een andere zorgverzekeraar is van plan om gemeenten en huisartsen te bevragen met welke zorgaanbieders zij willen samenwerken als het gaat om het wijkgericht werken. In de inkoop wordt hier dan rekening mee gehouden.

Zorgverzekeraars kunnen via de inkoop zorgaanbieders uitdagen om een duurzame verbinding met gemeenten aan te gaan, zodat de transformatie in deze sector verder wordt vormgegeven. Daarbij kunnen zorgverzekeraars gebruik maken van de opbrengsten uit dit onderzoek (onder andere een beperkt aantal wijkverpleegkundigen dat invulling geeft aan niet-toewijsbare taken per gemeente/wijk en de onafhankelijke positie van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg).

Onafhankelijk hoe de bekostiging wijkverpleging per 1 januari 2017 wordt vormgegeven is het op basis van de ervaringen met de prestatie niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg aan te bevelen om een dergelijke prikkelwerking ook te creëren voor de toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. In de huidige bekostiging wijkverpleging zit een volumeprikkel die de samenwerking tussen het sociale en het medische domein niet bevordert

Functie wijkverpleegkundige

Om het vak van wijkverpleegkundige over de volle breedte te kunnen uitoefenen, moet een wijkverpleegkundige, naast de toewijsbare zorgtaken, ook in staat zijn om invulling te geven aan de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk. Dit houdt in dat zij mensen die nog niet in zorg zijn, naar aanleiding van signalen van de gemeente, huisarts, andere partners in de wijk, indien nodig kan doorverwijzen naar Zvw-zorg of naar welzijn/ondersteuning. En dat zij relaties opbouwt en onderhoud met de sociale wijkteams, huisartsen en andere relevante partners in de wijk om samenhang tussen zorg en ondersteuning te borgen.

De intrinsieke motivatie van de wijkverpleegkundigen om invulling te geven aan de volledige functionaliteit van het beroep (zowel toewijsbare taken als niet-toewijsbare taken) moet worden gestimuleerd. Er zal moeten worden ingezet op het versterken van de professionaliteit van de wijkverpleegkundige als het gaat om enerzijds het vormgeven van de beschikbaarheidsfunctie en anderzijds het binnen de toewijsbare taken verder kijken dan de oorspronkelijke zorgvraag van de cliënt (o.a. het uitzoeken van ‘het probleem achter het probleem’ en het doorverwijzen naar de juiste instanties voor zorg en ondersteuning). Ook in de opleidingen zal hier meer aandacht moeten worden besteed. Met het stimuleren

van de professionaliteit van de wijkverpleegkundige kan ook het benodigde onafhankelijke optreden van de wijkverpleegkundige gewaarborgd worden.

Voor het vormgeven van de professionaliseringsslag kunnen de resultaten van de quick scan naar de behoefte aan deskundigheidsbevordering van verzorgenden in de wijk worden benut. Ook kan worden aangesloten bij het ZonMw programma dat gericht is op het vergroten van het aantal hbo-opgeleide verpleegkundigen met passende competenties voor het 'nieuwe werken' in de wijk.[41]

Positionering

Gemeenten kunnen door het scheppen van duidelijke kaders voor de wijkteams de effectiviteit van de inzet van de wijkverpleegkundige vergroten. Wanneer de inrichting van het sociaal domein door de gemeente onvoldoende vorm heeft gekregen kan de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg onvoldoende effectief worden ingezet.

[41] Commissiebrief Tweede Kamer *inzake Verzoek om reactie op onderzoeksrapport "Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019"* 22 december 2015

Bijlage I Overzicht deelnemers aan rondetafelgesprekken

Onderstaande tabellen bieden een overzicht van de functionarissen die aanwezig waren tijdens de rondetafelgesprekken en/of met wie voorbereidende gesprekken zijn gevoerd.

Regio Groningen

Gemeente/organisatie	Naam	Functie
Gemeente Groningen	Hermien Bazuin	Senior beleidsadviseur
Gemeente Pekela	Janny Wilms	Coördinator wijkteam
	Gerda Andringa	Wijkverpleegkundige (Oosterlengte)
	Ria de Groot	Wmo-consulent (wijkteamlid)
	Carla van ’t Hof	Thuisbegeleider (wijkteamlid)
Gemeente Marum (Westerkwartier)	Heleen Damminga	Wijkverpleegkundige
	Marianne van den Berg	Beleidsmedewerker
Menzis	Bert Horlings	Adviseur gemeenten

Regio Haaglanden

Gemeente/organisatie	Naam	Functie
Gemeente Den Haag	Jurryt Salters	Coördinator wijkteam
	Nynke van Zorge	Beleidsmedewerker
	Saskia Oostrom	Stedelijk manager sociale wijkzorgteams
Gemeente Leidschendam-Voorburg	Alies Imthorn	Beleidsmedewerker
	Yvonne Winter	Beleidsmedewerker
	Armand Nieuwendam	Wijkverpleegkundige
	Liesbeth van Pelt	Wijkverpleegkundige
Gemeenten Wassenaar en Voorschoten	Caroline Streeder	Wmo-consulent
	Elly Snelders	Wijkverpleegkundige
	Gerda Meijer	ACT-teamlid
	Ivo van Scheppingen	Beleidsmedewerker
Gemeente Zoetermeer	Mariska Overgaag	Wijkcoach
	Reshma van Vliet	Beleidsmedewerker
Regio Haaglanden	Magriet van Leuveren	Regiosecretaris
CZ	Kim Luijten	Zorginkoper wijkverpleging
	Tilja van den Berg	Zorginkoper wijkverpleging

Regio Haarlemmermeer

Gemeente/organisatie	Naam	Functie
Gemeente Haarlemmermeer	Ans Jansen	Consulent ondersteuningsteam
	Birgitta Cloosterman	Huisarts
	Erica Sijbrands	Praktijkondersteuner
	Ilja van Dam	Wijkverpleegkundige
	Ilse Holemans	Wijkverpleegkundige
	Ina Kleijn	Consulent ondersteuningsteam
	Jacobine van der Dussen	Huisarts
	Karin Broers	Praktijkondersteuner ouderenzorg
	Marielle van den Ackerveken	Beleidsmedewerker
	Sigrid Wulfse	Wijkverpleegkundige
	Wendy Kroonsberg	Praktijkondersteuner
Zorg en Zekerheid	Michel Lambeek	Zorginkoper
	Aart Bolluijt	Zorginkoper

Regio Noord-Limburg

Gemeente/organisatie	Naam	Functie
Gemeente Horst aan de Maas	Cristel Janssen	Praktijkondersteuner
	Marjo Everaerts	Wijkverpleegkundige
	Peter Jacobs	Beleidsadviseur en regiosecretaris
Gemeente Peel en Maas	Enya Thijssen	Procesbegeleider
	Ingrid van Enckevort	Beleidsmedewerker
	Kim Smedts	Wijkverpleegkundige
Gemeente Venlo	Ine Sijbers-Bergmans	Beleidsadviseur
	Kristel Smits	Wijkverpleegkundige
	Mariëlle Wilms	Kwartiermaker wijkteam
	Nicole Rijvers	Wijkverpleegkundige
	Selaine Soons	Beleidsadviseur
	Wouter Frencken	Coördinatorwijkteam
VGZ	Jan Thijssen	Zorginkoper

Regio Maassluis/Schiedam/Vlaardingen

Gemeente/organisatie	Naam	Functie
Gemeente Maassluis	Kimberly de Bruijne	Wijkverpleegkundige
	Laura Eylen	Wijkteamleider
Gemeente Schiedam	Ad Slooter	Beleidsadviseur
	Heidi van der Harst	Wijkverpleegkundige
	Maarten-jan Hoekstra	wijkteamleider
	Marja Schneider	Wijkverpleegkundige

Gemeente Vlaardingen	Astrid Solter	Wijkteamleider
	Cobie Nieuwland	Wijkverpleegkundige
	Jaap van Elsäcker	Beleidsmedewerker
	Jan Christiaanse	Huisarts
	Janny Markus	Wijkverpleegkundige
	Marrie Kamans	Manager wijkteams
Careyn	Petra Matthijsen	Regiomanager Schiedam/Vlaardingen
Argos Zorggroep	Richard Moll	Manager Thuiszorg
DSW	Suzanne Goedoen	Relatiebeheerder Care
	Nassira Bouda	Zorginkoper

Regio Rotterdam

Gemeente/organisatie	Naam	Functie
Gemeente Rotterdam	Gert-Jan van der Hout	Senior beleidsadviseur
	Marjan Hoeijmakers	Manager coöperatie wijkverpleegkundige zorg
	Marieke de Vet	Wijkverpleegkundige
Achmea	Anouk Gomes	Regiomanager

Regio Salland

Gemeente/organisatie	Naam	Functie
Gemeente Deventer	Pieter Folkeringa	Beleidsmedewerker
	Herman Wisselink	Huisarts
	Kelly Verhaard	Wijkverpleegkundige
	Yvonne Krijt	Wijkverpleegkundige
Gemeente Raalte	Heidi Lammertsen	Wijkverpleegkundige
	Jeannet Kleine Schaars	Wijkverpleegkundige
Gemeente Zwolle	Boris van der Zalk	Wijkverpleegkundige
Eno	Martijn van der Most	Projectleider zorg

Regio Friesland

Gemeente/organisatie	Naam	Functie
Gemeente Leeuwarden	Simeon Bruinsma	Senior beleidsadviseur
De Friesland Zorgverzekeraar	Gert-Jan Schuinder	Zorginhoudelijk adviseur

Bijlage II Onderzoeksthema's rondetafelgesprekken

Tijdens de rondetafelgesprekken met wijkverpleegkundigen die niet-toewijsbare zorg uitvoeren en vertegenwoordigers van gebiedsteams/wijkteams, eerstelijns zorg, zorgverzekeraar en gemeente is aandacht besteed aan de onderstaande thema's.

Thema	Toelichting
Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein	▪ Welke afspraken zijn er gemaakt met betrekking tot: - positionering van de wijkverpleegkundige - signalering - behoeftebepaling en mandaat - coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning - informatie- en kennisdeling ▪ Hoe werken deze afspraken in de praktijk?
Capaciteit en middelen	▪ Hoe wordt de verdeling van capaciteit van de wijkverpleegkundigen ervaren? ▪ In hoeverre is deze capaciteit toereikend voor de vraag naar de niet-toewijsbare wijkverpleging? ▪ In hoeverre is sprake van gezamenlijke financiering van de niet-toewijsbare wijkverpleging door zorgverzekeraars (vanuit de € 40 miljoen) en gemeenten?
Resultaten	▪ In hoeverre wordt de inzet van niet-toewijsbare wijkverpleging geëvalueerd? Hoe wordt dit gedaan en door wie? ▪ In hoeverre zijn met de resultaten de doelstellingen uit het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars gerealiseerd?
Duiding uitvoering niet-toewijsbare wijkverpleging	▪ Hoe wordt de uitvoering van de niet-toewijsbare wijkverpleging door betrokkenen ervaren? ▪ Wat zegt dit over de doelstelling van de niet-toewijsbare wijkverpleging, namelijk het – in het kader van wijkgericht werken – uitvoeren van activiteiten die niet direct te koppelen zijn aan een individueel zorgtraject van een patiënt, zoals deelname aan sociale wijkteams van gemeenten. ▪ Welke mogelijkheden zijn er volgens betrokkenen om de effectiviteit van de niet-toewijsbare wijkverpleging te vergroten?



Andersson Elffers Felix
www.aef.nl